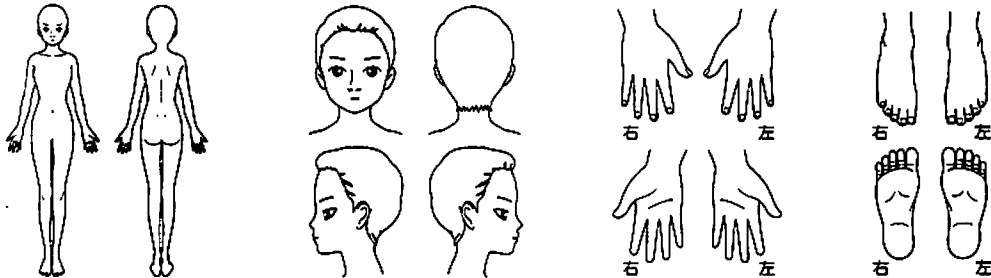


●問診票●

ふりがな				性別	男性・女性
お名前					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	歳
住所	〒				
携帯			自宅		
小学生以下の方は体重	kg	妊娠中(出産予定日 月 日) 授乳中・妊活中			
治療方針	A. 薬だけで症状を抑えたい。生活習慣を変えるのは難しい。 B. 薬を使うだけでなく、極力再発しないよう生活習慣も見直したい。				
定期的に通院出来ますか?	はい・いいえ				
来院のきっかけ	1. 知人に関して 2. インターネット 3. 家族が通院している 4. 医療機関から紹介 5. 通りかかり 6. その他( )				

1. 本日診察が必要な場所に○を付けて下さい。  
また、症状はいつからですか?  
( 年・ ヶ月・ 週・ 日)前から・ 月 日・ ついさつき



2. どんな : 痒い・痛い・カサカサ・フツフツ・赤い
3. 症状 : アトピー・ニキビ・とびひ・虫刺され・ホクロ・イボ  
水虫・円形脱毛症・AGA・ピアス開けたい・巻き爪  
その他( )
4. 上記の病状に関して、治療を受けた事がありますか? □はい□いいえ  
治療を受けたことがある場合は、治療内容をご記入ください。  
( )
5. 顔の肌荒れ・手荒れ・ニキビ・アトピーの病状の方は下記の表で使用して  
いるものに全て○を付けて下さい。  
また、( )内は分かる範囲内で商品名をご記入下さい。

洗髪・洗顔	シャンプー・リンス・トリートメント 石鹸・洗顔フォーム・その他( )
洗浄	石鹸・ボディソープ・タオル・スポンジ
洗濯	洗濯洗剤( ) 柔軟剤( )
メイク	下地・ファンデーション・日焼け止め
基礎化粧品	化粧水・乳液・美容液・その他( )
保湿用品	ローション・クリーム・オイル・軟膏
体調	睡眠 ~3時間・4~7時間・8時間以上
	排便(週) ~3回・4~6回・7回
	肩こり 有・無 冷え性 有・無

6. 今までかかった病気や治療中の病気はありますか? ○を付けて下さい。  
また、薬や食べ物のアレルギー症状があればご記入下さい。  
アトピー性皮膚炎 / アレルギー性鼻炎(花粉症) / 喘息 / 糖尿病  
心臓病 / 高血圧 / 胃潰瘍 / 肝疾患 / 腎疾患 / 膠原病 / 前立腺肥大  
緑内障 / 手術( )その他( )  
薬・食べ物アレルギー( )
7. 現在内服しているお薬はありますか? □はい □いいえ  
お薬手帳 □あり □なし ※お薬手帳があれば記入不要です。  
( )
8. 忘れずに確認したい事はありますか?  
( )